



Vacuna de refuerzo/ adicional contra el COVID-19

Fecha: _____

Alergias: _____

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Requiere consentimiento: SI NO

Dirección: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono fijo: _____ Número de teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

No tengo correo electrónico / no deseo revelar esta información

Género: Hombre Mujer Otro Desconocido

Raza: Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Blanco Otro

Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico **Etnia:** Hispano o Latino No Hispano o Latino

| LISTA DE VERIFICACIÓN PREVIA A LA VACUNACIÓN | Sí | No |
|--|--|--|
| Se siente enfermo(a) el día de hoy: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Cuál vacuna contra el COVID-19 recibió en su vacunación anterior? MODERNA _____ PFIZER _____ Janssen (J&J) _____ No sé _____ | | |
| ¿Ya terminó su serie de vacunas contra el COVID-19? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Trajo su tarjeta de vacunación u otra documentación el día de hoy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a alguno de los siguientes: • Alguno de los componentes de una vacuna contra el COVID-19, ya sea polietilenglicol (PEG), el cual se encuentra en algunos medicamentos, tales como laxantes y preparados para procedimientos de colonoscopia • Polisorbato, el cual se encuentra en algunas vacunas, pastillas recubiertas y esteroides intravenosos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a otra vacuna (distinta a la vacuna contra el COVID-19) o a algún medicamento inyectable? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| CRITERIOS PARA RECIBIR UNA DOSIS ADICIONAL | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Han pasado al menos 28 días desde que recibió su segunda dosis de la vacuna contra el COVID-19? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Está usted moderada o gravemente inmunodeprimido(a) debido a una condición médica o tratamiento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR UNA DOSIS DE REFUERZO

Puede recibir un refuerzo si han pasado 6 meses desde su segunda vacuna Pfizer y si al menos una de las siguientes afirmaciones es verdad:

Marque todos los que corresponda:

1. Usted tiene 65 años o más.....

2. Tiene 18 años o más y:

• Vive o trabaja en una residencia para adultos mayores o en otro centro residencial de cuidados a largo plazo.....

• Tiene una condición médica que le pone en alto riesgo de sufrir una enfermedad grave, por ejemplo, obesidad, asma, enfermedad cardíaca, presión arterial alta y diabetes.....

• Trabaja en una profesión de alto riesgo, es decir que tiene que estar en contacto con muchas personas y desconoce si están vacunados, por ejemplo, trabajadores del sector médico, personal de primeros auxilios, maestros, empleados de la industria alimentaria, empleados de tiendas o restaurantes y empleados de transporte público

- Vive o trabaja en un lugar en el que conviven muchas personas, por ejemplo, albergues para personas sin hogar, centros penitenciarios, viviendas para trabajadores agrícolas migrantes, dormitorios u otros espacios de convivencia en universidades.....



MARQUE TODAS LAS QUE LE CORRESPONDAN:

- Tengo un sistema inmunológico debilitado (por ejemplo por infección por VIH, cáncer) o tomo medicamentos o terapias inmunosupresoras
- Soy una mujer entre los 18 y los 49 años
- Soy una mujer entre los 12 y los 29 años
- Tengo antecedentes de miocarditis o pericarditis
- Tuve una reacción alérgica a algo distinto a una vacuna o terapia inyectable, como por ejemplo a alimentos, mascotas, venenos, factores ambientales o medicamentos
- Tuve COVID-19 y recibí tratamiento con anticuerpos monoclonales o plasma convaleciente
- Fui diagnosticado(a) con síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C o MIS-A) después de una infección por COVID-19
- Tengo un trastorno hemorrágico
- Tomo un anticoagulante
- Tengo antecedentes de trombocitopenia inducida por heparina (HIT)
- Estoy embarazada o en periodo de lactancia
- He recibido rellenos dérmicos
- Tengo antecedentes de síndrome de Guillan-Barre (GBS)

CONSENTIMIENTO

Consiento que soy: (a) al menos mayor de 18 años, (b) el padre o tutor legal del cliente menor de edad o (c) el tutor legal del cliente. Además, doy mi consentimiento al proveedor de atención médica autorizado que administra la vacuna, según corresponda (cada uno de ellos considerado un “proveedor aplicable”), a compartir mi información personal, demográfica y de estado de salud para proporcionarme los servicios de vacunación para la vacuna contra el COVID-19. Entiendo que los datos de salud compartidos en este cuestionario se utilizarán para determinar mi elegibilidad para recibir la vacuna contra el COVID-19 y determinar el momento en que la vacuna estará disponible para mí.

Firma _____

Declaración de divulgación: Las reacciones alérgicas que pueden poner en peligro la vida son poco comunes. Los síntomas de una reacción alérgica incluyen: dificultad para respirar, ronquera o respiración sibilante, urticaria, palidez, debilidad, frecuencia cardíaca elevada o mareos intensos. Estos síntomas pueden aparecer de pocos minutos hasta 48 horas después de la vacunación. Se le indica a quien recibe la vacuna que si experimenta cualquiera de estos síntomas, se ponga en contacto con un proveedor de atención médica de inmediato.

_____ **CONSENTIMIENTO VERBAL** El receptor de la vacuna o tutor legal ha sido informado(a) acerca de los beneficios y las posibles reacciones adversas y da su consentimiento para recibir la vacuna.

FOR OFFICE USE ONLY

Administration Date _____ Time _____ Vaccine/Lot # _____

Vaccine Administration Site: _____ Vaccine Route: _____ Vaccine Dose: _____

____ Left Deltoid _____ intramuscular _____ Additional/Booster

____ Right Deltoid

Form reviewed/vaccine administered by: _____

Signature and credentials: _____ **ALLERGIES– 30 minutes**

Print name _____

Client self-attests to being moderately to severely immunocompromised , has completed a COVID-19 vaccine series, and can receive a booster dose of mRNA COVID-19 vaccine